

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1923

THÈSE **288** N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

MADAME DORA VINCENT-KANEL

Née le 28 Octobre 1897, à Rambouillet (Seine-et-Oise)

Contribution à l'Étude

DU

Pemphigus épidémique du Nouveau-né
son Traitement actuel

Président de thèse : M. le Professeur NOBÉCOURT

PARIS

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

—
1923

35

11

288

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE

22



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1923

T H È S E

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

MADAME DORA VINCENT-KANEL

Née le 28 Octobre 1897, à Rambouillet (Seine-et-Oise)

Contribution à l'Étude

DU

Pemphigus épidémique du Nouveau-né
son Traitement actuel

Président de thèse : M. le Professeur NOBÉCOURT

PARIS

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

1923

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

DOYEN DE LA FACULTÉ : M. ROGER.

Anatomie
Anatomie médico-chirurgicale
Physiologie
Physique médicale
Chimie organique et chimie générale.....
Bactériologie
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....
Pathologie et thérapeutique générales.....
Pathologie médicale
Pathologie chirurgicale
Anatomie pathologique
Histologie
Pharmacologie et matière médicale.....
Thérapeutique
Hygiène
Médecine légale
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
Pathologie expérimentale et comparée.....

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance.....
Clinique des maladies des enfants.....
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
Clinique des maladies du système nerveux.....
Clinique des maladies contagieuses.....

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
Clinique des maladies des voies urinaires.....

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
Clinique chirurgicale infantile.....
Clinique thérapeutique
Clinique oto-rhino-laryngologique
Clinique thérapeutique chirurgicale.....
Clinique propédeutique

MM.
NICOLAS.
CUNéo.
RICHET.
André BROCA.
DESGREZ.
BEZANÇON.
BRUMPT.
Marcel LABBÉ.
N...
LECÈNE.
LETULLE.
PRENANT.
RICHAUD.
CARNOT.
Léon BERNARD
BALTHAZARD.
MÉNÉTRIÉR.
ROGER.
ACHARD.
WIDAL.
GILBERT.
CHAUFFARD.
MARFAN.
NOBÉCOURT.

CLAUDE.
JEANSELME.
P. MARIE.
TEISSIER.
DELBET.
LEJARS.
HARTMANN.
GOSSET.
DE LAPERSONNE.
LEGUEU.
BRINDEAU.
COUVELAIRE.
JEANNIN.
FAURE.
Auguste BROCA.
VAQUEZ.
SEBILLEAU.
DUVAL.
SERGENT.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.
ABRAMI.
ALGLAVE.
BASSET.
BAUDOUIN.
BLANCHETIÈRE
BRANCA.
CAMUS.
CHAMPY.
CHEVASSU.
CHIRAY.
CLERC.
DEBRÉ.

DESMAREST.
DUVOIR.
FIESSINGER.
GARNIER.
GOUGEROT.
GRÉGOIRE.
GUENIOT.
GUILLAIN.
HEITZ-BOYER.
JOYEUX.
LABBÉ (H.).
LAIGNEL-LAVASTINE
LANGLOIS.

LARDENNOIS.
LE LORIER.
LEMIERRE.
LEQUEUX.
LEREBoullet.
LERI.
LÉVY-SOLAL.
MATHIEU.
METZGER.
MOCOQUOT.
MULON.
OKINCZYC.
PHILIBERT.

RATHERY.
REITTERER.
RIBIERRE.
ROUSSY.
ROUVIÈRE.
SCHWARTZ.
STROHL.
TANON.
TERRIEN.
TUFFENEAU.
VILLARET.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MES PARENTS

Faible témoignage de ma profonde reconnaissance et de toute mon affection.

A LA MEMOIRE DE MON MARI,
tué à l'ennemi le 15 octobre 1917.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR NOBECOURT,
Professeur à la Faculté de Médecine,
Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades.
Chevalier de la Légion d'Honneur.

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de notre thèse,
avec l'expression de notre respectueuse
admiration.

A MON MAITRE :

MONSIEUR LE DOCTEUR L. DEVRAIGNE,
Accoucheur de l'Hôpital Lariboisière.

En remerciement de l'accueil cordial
que j'ai toujours trouvé près de lui, et
avec toute ma reconnaissance pour les
conseils précieux qu'il n'a cessé de me
prodiguer.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MILIAN,
Médecin de l'Hôpital St-Louis.

Qu'il soit assuré de notre reconnaissance pour la bienveillance avec laquelle il nous a autorisée à publier les formules de son service.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LAEDERICH,
Médecin de Consultation à l'Hôpital Bichat.

Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de mes sentiments très fidèles.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX :

Monsieur le Professeur LÉON BERNARD;
Monsieur le Professeur agrégé DESMAREST;
Monsieur le Professeur agrégé R. DEBRÉ;
Monsieur le Docteur AMEUILLE, Médecin des Hôpitaux;
Messieurs les Docteurs MANIGOT, BIGARD, SALOMON.

A MONSIEUR LE DOCTEUR G. SAUPHAR,
Assistant de Consultation à l'Hôpital St-Louis.

Qu'il veuille bien accepter ma reconnaissante gratitude pour ses excellents conseils et les observations intéressantes que je lui dois.

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN CAMESCASSE,
Ancien interne des Hôpitaux de Paris,
ET A MADAME JEAN CAMESCASSE.

Avec l'expression de ma très sincère affection.

Contribution à l'Etude du Pemphigus épidémique du Nouveau-né son Traitement actuel

Le *Pemphigus* (étymologie *περιζ*) est une affection de la peau, principalement caractérisée par un soulèvement épidermique ou *bulle*, de forme éminemment variable.

ORIGINES.

Les anciens, Hippocrate, Aetius, Galien désignaient par *pemphigus* les simples élevures de l'épiderme. Ils employaient, dit Hébra, le mot de phlyctènes pour désigner les bulles aqueuses.

Plus tard, dans les œuvres de Rhazès, de Rondellet, etc., on découvre des éruptions bulleuses, semblables aux bulles des brûlures, mais les descriptions ne sont pas suffisamment précises pour que l'on puisse affirmer qu'il s'agisse vraiment de pemphigus.

C'est Charles Lepois qui aurait le premier clairement parlé de cette affection. Il en a décrit un cas chez un enfant.

Au XVIII^e siècle, les observations et descriptions de Morton montrèrent une sorte de fièvre au cours de laquelle apparaissent de nombreuses vésicules sur le cou et sur la poitrine du malade. De même, Thierry décrit une épidémie de fièvre avec bulles qui sévit sur les troupes françaises à Prague et qu'il appela *pemphigus castrensis*.

Langhans observa une peste identique qui ravagea la Suisse, *pemphigus helvétique*.

Mais tout ceci restait sans ordre et surtout sans précision. Sauvages créa le groupe *Pemphigus* et lui donna la *bulle* comme caractère objectif. Il réunit de nombreuses observations et les groupa en 5 genres, qui sont actuellement, d'ailleurs, complètement tombés dans l'oubli.

Plenek vint compléter son travail et distingua un *pemphigus fébrile* et un *pemphigus apyrétique*.

CONSTITUTION DU GROUPE PEMPHIGUS.

Ce fut dans une seconde période que Wichmann établit une distinction assez précise entre le *Pemphigus fébrile* et le *Pemphigus chronique*; puis Willan définit le *Pemphigus aigu* : une maladie caractérisée par une éruption de phlyctènes ou de vésicules avec une base enflammée et pouvant se former sur n'importe quelle partie du corps, même dans la bouche. Le *pemphigus* à forme chronique ou *Pompholyx* était pour lui, une éruption de bulles sans aucune inflammation et complètement apyrétique.

Hebra fut parmi les dermatologistes du XIX^e siècle qui ont nié l'existence d'un *Pemphigus fébrile*. Lui-même n'en aurait, dit-il, observé aucun cas, et, pour lui, seul le *Pemphigus chronique* existe. Il distingue deux variétés à cette dernière forme : une forme *vulgaire* se terminant par la guérison, et une forme *foliacée*, caractérisée par de petites bulles flasques suivies de croûtes et se terminant par la mort.

Son élève Kaposi ne nie pas aussi énergiquement l'existence d'un *Pemphigus aigu*, il pense même qu'il existerait chez les enfants où il constituerait une affection épidémique et contagieuse.

Vers 1880, Duhring, après sa communication à l'Association dermatologique américaine, publia de nombreuses observations, voulant constituer cette entité morbide qui caractérise ce qu'il appelle le *Pemphigus vulgaire chronique*.

Il montre que cette affection, cette dermatite herpétiforme a plusieurs caractères :

1° L'apparition de plaques érythémateuses semblables à des plaques d'urticaire;

2° Des vésicules herpétiques de dimension et de forme variables;

3° Des bulles;

4° Des pustules plates ou acuminées reposant sur une base plus ou moins enflammée.

5° Des papules, ou papulo-vésicules s'accompagnant d'un prurit intense.

L'une ou l'autre de ces formes peut exister seule

chez un malade, ou bien au contraire on peut observer un polymorphisme dans l'éruption, dont les formes peuvent se succéder très rapidement chez le même sujet.

Le Congrès de Paris de 1889 nomma cette affection *Dermatite douloureuse*.

En 1895, une notion nouvelle et très intéressante apparaît avec Leredde : c'est l'étude de l'éosinophilie.

D'après lui, en effet, on observe en général de 8 à 10, et même 25 % d'éosinophiles dans le sang; il nous apprend également que ces cellules s'éliminent en grande quantité par la peau où l'on peut les retrouver dans les vésicules et dans les bulles. A son point de vue, une affection où l'on rencontre des cellules acido-philés dans le sang et où les vésicules contiennent un grand nombre de ces cellules serait une maladie de Duhring.

Dans ces dernières années, de nombreux travaux ont paru sur l'anatomie pathologique et la pathogénie des bulles du *Pemphigus*, parmi lesquels il nous suffit de citer ceux de Kromayer, d'Audry, etc...

Rappelons l'importante discussion qui eut lieu en 1898 à la Société dermatologique de Londres sur la *Dermatite herpétiforme* dans laquelle on admit le type *Duhring*.

Malheureusement il n'y eut point de conclusion précise, et il en résulte que bien des auteurs n'ont pas une idée très nette de cette affection et même ne veulent pas l'admettre comme entité morbide distincte.

Actuellement, puisque nous éliminons du groupe

Pemphigus toutes les affections dans lesquelles les bulles sont des épiphénomènes, il reste donc 2 *Pemphigus* qui sont deux groupes de maladies très distinctes :

1° Le *Pemphigus* vrai, à type *Pemphigus foliacé* ou *maladie de Duhring*, dont l'étiologie est inconnue.

2° Les *éruptions pemphigoïdes*, dénommées *Pemphigus* uniquement pour leur caractère bulleux, ce sont : le *Pemphigus aigu fébrile* de l'adulte, et le *Pemphigus épidémique du nouveau-né*, appellation erronée, celui-ci n'étant qu'une simple infection staphylococcique à type bulleux, que nous allons étudier.

En effet, le *Pemphigus épidémique des nouveau-nés*, ou plutôt *l'impetigo bulleux*, est caractérisé *objectivement* par une éruption bulleuse, et *étiologiquement* par l'inoculabilité et même l'auto-inoculabilité des lésions cutanées.

D'ailleurs, toutes les éruptions bulleuses du nouveau-né ne sont pas du *Pemphigus épidémique* : les enfants en bas-âge peuvent présenter d'autres affections à *bulles* telles que les éruptions pemphigoïdes d'origine *médicamenteuse* ou *urticarienne*, et cette *varicelle pemphigoïde* dont les cas ont été rapportés par Lasèque et Trousseau en 1858.

Les travaux de Vidal, qui en étudia une cinquantaine de cas à la Maternité de Saint-Louis en 1875, montrèrent avec netteté le caractère contagieux et épidémique de cette affection.

SYMPTOMATOLOGIE.

Le *Pemphigus*, assez fréquent dans les agglomérations d'enfants (crèches, pouponnières), et dans les milieux peu soignés, est très rare dans les familles, où il atteint surtout les enfants débiles, athrepsiques ou prématurés.

On le voit débiter chez les enfants en pleine santé, vers la 3^e semaine au plus tôt, exceptionnellement après le 2^e mois, à moins que ces nouveaux-nés ne présentent déjà de la diarrhée, des vomissements et de l'amaigrissement au moment où les bulles surviennent. Ces bulles apparaissent ordinairement d'emblée, la plupart du temps sans aucune période prodromique, spontanément et sans réaction fébrile. Parfois, au contraire, les petits malades ont un peu de fièvre et d'agitation.

On voit alors se produire une tache rosée lie de vin, ne disparaissant pas à la pression et au niveau de laquelle l'épiderme se détache très facilement par le grattage. A cette époque, l'éruption peut avorter. Sinon, au bout de quelques heures, une vésicule apparaît au centre de cette tache, et en moins de 48 heures, grandit jusqu'à atteindre la taille d'une lentille et plus. C'est alors une véritable bulle de *pemphigus*, c'est-à-dire qu'elle est régulière, hémisphérique, bien distendue par de la sérosité citrine, d'abord transparente, puis qui se trouble quand la bulle devient séro-purulente, purulente et même hémorragique. Il peut ne pas

y avoir d'aréole inflammatoire périphérique visible. Cependant, dans la plupart des cas, cette inflammation se produit et la bulle repose sur une macule rouge, alors que la bulle du *Pemphigus vrai* repose toujours sur une peau saine.

On n'observe jamais ni base indurée, ni lésion profonde du derme ou du tissu cellulaire sous-cutané, au niveau de l'éruption.

Une fois formée, la bulle ne persiste pas longtemps. Elle peut s'étendre et devenir volumineuse, mais le plus souvent elle se rompt au bout de quelques heures; le liquide qu'elle contenait s'écoule et la couche épidermique soulevée disparaît en laissant à nu une surface rouge, lisse, s'agrandissant un peu par les bords, comme l'ecthyma superficiel. Ce processus s'observe surtout au niveau des plis de la peau et c'est en ces régions que l'on voit les surfaces à vif acquérir de grandes dimensions, sécréter du liquide, formant ainsi de vastes placards rouges suintants, comme l'impétigo.

Puis la cicatrisation s'opère lentement par dessiccation des parties dénudées et production d'épiderme nouveau. Il est bien rare que la terminaison de l'éruption bulleuse se fasse par une ulcération. Dans l'épidémie qu'il a étudiée à Saint-Louis, Vidal n'a jamais vu cette complication se produire.

Le liquide des bulles est presque toujours alcalin; il ne se résorbe pour ainsi dire jamais, de sorte que l'évolution de presque toutes les bulles se termine par la rupture.

Le nombre des bulles est extrêmement variable sui-

vant les cas : des enfants n'en présenteront qu'une seule, siégeant sur un des membres inférieurs, ou sur la face; ordinairement, il y en a un plus grand nombre, 20, 30; dans ce cas, elles ont pour siège de prédilection la région fessière, la ceinture, les cuisses. C'est une éruption en « caleçon ». Cette distribution est peut-être commandée par l'inoculation due aux matières fécales.

Puis la confluence des vésico-pustules diminue à mesure que l'on approche des extrémités des membres.

On en observe très rarement à la face, au cou, au tronc, jamais à la paume des mains ni à la plante des pieds. Dans un cas, Vidal a vu survenir sur les gencives d'un enfant des excoriations en coup d'ongle, en même temps qu'une éruption de *Pemphigus* apparaissait sur la peau. Ceci semble prouver que le *pemphigus épidémique* peut dans quelques cas envahir les muqueuses.

Les dimensions des bulles varient suivant les sujets et suivant les régions sur un même sujet.

Les plus petites ont le volume d'une lentille, ou même d'une tête d'épingle; les plus volumineuses ont celui d'une noix. Elles se rompent d'autant plus précocement qu'elles sont plus volumineuses. Au cou et aux plis articulaires elles sont plus volumineuses qu'aux autres régions, elles sont alors allongées, confluentes et forment, après leur rupture, de véritables bandes ulcérées.

Chaque bulle évolue complètement en l'espace de 15 jours.

Mais les éruptions se font, ou par poussées qui se succèdent assez régulièrement, comme celles de la varicelle, ou — mais ceci est plus rare — elles sont séparées par des intervalles assez longs pour que la dernière poussée soit guérie, quand survient la poussée nouvelle. En général, ces poussées sont subintrantes.

Très variable est le nombre de poussées successives. Il peut n'y en avoir qu'une seule. Au contraire, il peut s'en faire un nombre assez considérable pour que la maladie persiste pendant quelques semaines.

Les phénomènes subjectifs dépendent de la gravité et de l'intensité de l'affection. Ils sont peu accentués. Cependant, lorsque les surfaces atteintes sont à vif, elles sont certainement douloureuses, et les pansements sont assez pénibles pour justifier les cris des enfants. D'après ce qui a été observé chez l'adulte, il y aurait, au début, des démangeaisons presque toujours légères.

Cette affection est ordinairement assez bénigne et se termine par la guérison d'une façon à peu près constante; encore que l'on ait noté des ophtalmies, de la diarrhée, des vomissements, de l'athrepsie et alors la mort peut survenir. Mais ce ne sont là que des symptômes surajoutés à l'affection cutanée, et occasionnés par des inoculations à distance.

Il est possible, néanmoins, que le pemphigus épidémique donne parfois lieu à des phénomènes d'infection générale des plus graves, à une sorte de staphy-

lococcie ou de streptococcie généralisée se terminant par la mort.

Des auteurs récents soutiennent qu'il existe deux formes de *Pemphigus* : une forme bénigne, qui est celle décrite ci-dessus; et une forme maligne : la dermatite exfoliatrice de *Ritter* ou *Pemphigus foliacé* de Cazenave. Cette dernière, presque toujours mortelle, ne serait que la manifestation d'un état septicémique ou d'une infection générale, le plus souvent à streptocoques.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Nous avons dit au début que l'appellation de *Pemphigus* était fautive : Homolle a fait l'examen histologique de la bulle et a démontré que les lésions de l'épiderme et du derme étaient analogues à celles de toutes les lésions bulleuses : il s'agit bien d'un *impétigo bulleux vulgaire*.

L'examen bactériologique du liquide de la bulle y montre la présence du staphylocoque, agent habituel de l'impétigo.

Peter a obtenu avec le liquide des cultures pures de staphylocoques *pyogènes aureus* et, en colonies isolées, le *staphylococcus albus*. De plus, ce liquide est auto-inoculable. C'est donc une affection microbienne due à la pullulation d'un microbe.

ETIOLOGIE.

Cette dermatose bulleuse s'observe surtout chez les

jeunes enfants, du 15^e au 20^e jour après la naissance et très rarement après le 2^e mois, bien que tout de même relativement fréquente jusqu'à l'âge de 3 ans.

C'est une affection essentiellement contagieuse et auto-inoculable : « *le Pemphigus se transmet d'enfant à enfant et d'enfant à adulte* ». (Vidal).

Cette importante particularité explique le développement des épidémies dans les salles d'hôpital, et explique également l'extension de la maladie sur le même malade, le siège de prédilection de l'éruption sur les régions du corps qui sont le plus exposées aux frottements et aux excoriations.

Elle permet également de relier les cas observés chez les nouveaux-nés et chez les adultes et de faire une seule et même maladie des Pemphigus épidémiques des enfants et des divers Pemphigus aigus.

A l'état épidémique, le *Pemphigus* attaque tout aussi bien les enfants bien portants et bien soignés que les autres, mais incontestablement la possibilité de complications graves est plus grande et la mortalité plus forte quand il existe déjà de l'athrepsie ou de l'hérédosyphilis.

DIAGNOSTIC.

Les divers symptômes que nous venons de décrire sont suffisamment caractéristiques pour que le diagnostic soit presque toujours facile. L'épidémicité, l'inoculabilité, l'auto-inoculabilité, le peu de retentissement sur l'état général, au début de l'affection, constituent des éléments suffisants.

Le *Pemphigus syphilitique* a une personnalité bien différente et bien distincte. Il apparaît immédiatement après la naissance ou dans les heures qui suivent, débute par des macules cuivrées sur lesquelles vont s'élever des bulles remplies de liquide louche ou teinté de sang. Il siège exclusivement, ou presque, à la plante des pieds ou à la paume des mains, il s'accompagne d'un état général plutôt mauvais : l'enfant est débile, chétif, « hypotrophique », il a des stigmates de syphilis héréditaire : gros foie, ictère, etc....

L'examen de la mère, de ses antécédents obstétricaux, du placenta, donnent des renseignements très intéressants qui aident puissamment pour le diagnostic.

La varicelle bulbeuse s'accompagne d'un peu de fièvre et ses éléments sont d'emblée beaucoup moins volumineux et plus abondants.

TRAITEMENT.

Le principe qui doit dominer toute la thérapeutique du *Pemphigus épidémique*, c'est qu'il s'agit d'une lésion infectieuse, d'une infection d'origine externe : c'est un impétigo, c'est-à-dire qu'il est rebelle à tous les topiques, récidivant, bien que paraissant complètement guéri.

Le régime alimentaire ne donne aucun résultat. Il faut, avant tout, tenir l'enfant dans un état de propreté parfaite, de façon à empêcher les lésions de se disséminer de place en place. En médecine infantile,

l'eau est indispensable pour éviter l'irritation et l'infection permanente que constituent l'urine et les matières fécales.

On commencera donc le traitement par une toilette complète, un savonnage rigoureux pratiqué avec de l'ouate hydrophile ou une compresse, on renouveliera ce savonnage 2 ou 3 fois dans la journée, si le besoin en est, avant d'appliquer les topiques.

On emploie couramment l'eau d'Alibour diluée au 1/4; ou la solution de nitrate d'argent au 1/30^e, au 1/50^e, au 1/100^e.

Puis on applique des pâtes, préférables aux pommades, qui, trop peu consistantes, disséminent les germes encore virulents.

Les pâtes épaisses, au contraire, fixent les microbes. Le type de pâte le plus couramment employée est la pâte de zinc :

Oxyde de zinc	}	ââ
Vaseline		
Lanoline		

à laquelle on incorpore soit du bleu de méthylène soit de l'oxyde jaune.

Les pansements humides sont à rejeter, car ils favorisent la pullulation bactérienne, ainsi que les poudres inertes ou antiseptiques, qui s'agglomèrent avec le liquide des bulles et empêchent d'arriver jusqu'aux microbes.

Le Docteur Milian emploie dans son service un procédé qui lui donne des résultats remarquables; une mixture dont voici la formule :

Vert brillant	{	ââ 0 gr. 25
Crystal violet		
Alcool à 90°.		150 gr.

Cette solution ressemble à l'encre violette. Après un savonnage, on l'étend largement sur la partie malade avec de l'ouate.

On peut employer abondamment ce médicament, qui n'est ni toxique ni caustique; on recouvre ensuite d'une compresse stérile, et on refait une application semblable deux, trois fois dans les vingt-quatre heures.

L'amélioration est presque instantanée. On n'observe plus de bulles dès la première application, puis survient l'affaissement de celles qui existaient.

Nous allons publier quelques observations concluantes, car nous n'avons pas eu d'insuccès; et nous rappelons que l'innocuité absolue de cette solution marque un progrès extraordinairement important dans la thérapeutique des pyodermites en général et du *pemphigus épidémique* en particulier.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Enfant P. R. — Né à terme, poids 2.800, placenta normal. L'enfant ne paraît présenter aucune tare spéciale ; il est seulement petit et semble chétif. Les quinze premiers jours se passent sans incidents, il rattrape son poids de naissance.

Le 17^e jour, apparition sur la fesse gauche de 2 ou 3 macules rougeâtres sur lesquelles apparaissent des bulles de la grosseur d'un grain de mil, qui atteignent rapidement le diamètre d'une lentille et deviennent purulentes.

Quarante-huit heures après, apparition de nouveaux éléments du côté opposé, ainsi que sur la face externe des deux cuisses.

A ce moment, on compte une quinzaine d'éléments dont les bulles déchirées laissent écouler du pus et montrent le derme à nu sous l'épiderme détaché. L'enfant est légèrement fébrile, cesse d'augmenter de poids, ce qui est normal puisqu'il est privé de sommeil et laisse une partie de ses biberons. — Le médecin consulté interdit les bains et prescrit une pommade à base de zinc qui paraît favoriser l'extension des lésions. Un nettoyage lui est prescrit, suivi d'une application de nitrate au 1/100^e et d'une pâte au bleu de méthylène également au 1/100^e. Deux jours après, l'état est toujours aussi mauvais, de nouvelles bulles sont apparues qui, par confluence, forment de vastes placards rouges suintants,

atteignant par endroits le diamètre d'une pièce de 2 francs.

L'enquête montre que la mère, redoutant le changement de thérapeutique aussi complet, a bien appliqué le nitrate et le bleu, mais n'a pas consenti à faire courir à son enfant le « *risque* » d'un savonnage, que les précédentes prescriptions lui avaient fait considérer comme un véritable danger. Cette opération est cependant effectuée en notre présence, avec une compresse imbibée d'eau savonneuse (le savon employé étant du *savon de Marseille* ordinaire).

Le lendemain l'amélioration est considérable, les surfaces suintantes sont desséchées et l'on ne compte que 3 nouveaux petits éléments jeunes de la grosseur d'une tête d'épingle blanche.

Application de pâte d'Alibour après un nouveau savonnage. Le lendemain, encore 3 nouveaux éléments jeunes, semblables aux autres, qui ont acquis, eux, la dimension d'un grain de blé. A ce moment il est décidé de suspendre l'application de pâtes et de la remplacer par la solution antiseptique, vert brillant, crystal violet du D^r Milian. L'extension est cette fois définitivement arrêtée ; aucun élément nouveau, et cicatrisation des éléments anciens en 3 jours.

OBSERVATION II

Enfant T... — Agé d'un mois, présente sur le corps, au niveau des endroits d'élection, une éruption impétiginiforme, qui est du *Pemphigus Epidémique* typique.

La famille est en véritable rumeur, parce qu'un médecin sur le mot de *Pemphigus* a proposé de faire aux parents une prise de sang. A grand peine, on accepte de tenter un traitement externe. A ce moment l'état de l'enfant est véritablement déplorable. On peut dire que de la ceinture aux genoux, y compris les organes génitaux (il s'agissait d'un garçon) l'épiderme est complètement décollé par de vastes placards ne

ménageant entre eux que de faibles espaces de peau saine.

L'enfant, qui pesait 3.600 à la naissance et 4.000 au moment de l'apparition des premiers éléments, ne pèse plus que 3.700. Il crie sans cesse, son alimentation se poursuit cependant d'une façon satisfaisante, sans régurgitations ni diarrhée. Le savonnage initial, difficilement effectué, paraît assez douloureux. On touche ensuite chacune des surfaces privées d'épiderme avec un petit tampon monté imbibé d'une solution de nitrate d'argent à 1/100°. De la pâte de zinc est appliquée pour empêcher l'adhérence des pansements et éviter la dissémination des germes.

Ce premier traitement n'empêche pas l'apparition d'éléments nouveaux qui se montrent le lendemain, quoique les éléments anciens soient déjà beaucoup moins rouges et beaucoup moins suintants. Quelques phlyctènes purulentes du diamètre d'une grosse lentille sont ouvertes avec des ciseaux et touchées au nitrate. La pâte d'Alibour est substituée à la pâte de zinc. L'amélioration des éléments traités est considérable et il n'y a pas d'éléments nouveaux. On peut croire à la guérison, lorsque 48 heures après se produit une nouvelle poussée, presque aussi grave et aussi confluyente que celle du début. Le même traitement est appliqué, débutant toujours par un savonnage soigné, mais nitrate et pâte sont remplacés par la solution de M. Milian (vert brillant, crystal violet). Nous obtenons rapidement une nouvelle cicatrisation, peut-être plus rapide encore que la première. Mais cette fois l'application de la mixture est continuée, matin et soir, avec un tampon monté, en dépassant les limites de la région infectée, afin d'atteindre les germes qui auraient pu être disséminés sur la surface cutanée.

Ce procédé donne un succès complet et la guérison se maintient définitive. Le traitement complet, depuis notre arrivée jusqu'à la fin, a duré *onze jours*, y compris la récursive. L'enfant augmente à nouveau de poids et reprend son évolution normale.

OBSERVATION III (personnelle).

Enfant de 5 semaines, né à terme, pesant 3.900, élevé à l'allaitement artificiel. Le 17^e jour de sa naissance apparaissent quelques éléments suppurant occupant les fesses et le tour de la ceinture.

L'enfant, montré à un médecin, est privé de bains et enduit d'une pommade appliquée en permanence à base de vaseline et d'oxyde jaune de mercure. Ce traitement est appliqué depuis 13 jours, au moment où nous voyons le malade. Son aspect est alors lamentable ; les régions abdominale et lombaire, les fesses et les deux cuisses sont emprisonnées dans une véritable croûte constituée par la suppuration des éléments, la pommade et la poudre de talc qui a été appliquée pour solidifier le tout. Malgré la résistance de la famille, à qui l'on avait représenté comme un épouvantail les dangers de l'eau, nous prescrivons un savonnage. Le lendemain, après un nouveau bain, on aperçoit enfin les lésions élémentaires : cette lésion est constituée par une petite pustule laissant par excoriation une surface rouge suintante : il s'agissait bien de lésion impetiginiforme, c'est-à-dire de *Pemphigus* épidémique du nouveau-né.

On prescrit matin et soir une pulvérisation à l'eau bouillie, avec application dans l'intervalle d'une pâte épaisse, très faiblement antiseptique, destinée à empêcher l'adhérence aux objets de pansement et la dissémination des germes.

Au bout de 48 heures, l'aspect est totalement modifié. On ne constate l'apparition d'aucun élément jeune. Toutefois, le suintement est encore notable. A ce moment, après nouveau nettoyage des lésions avec une compresse savonneuse, on applique la mixture de cristal violet, vert brillant.

Le lendemain, tout suintement a à peu près disparu. Une nouvelle application est faite matin et soir. Le 3^e jour de l'application on peut dire que la guérison est complète. Tou-

tefois, on continue à appliquer la mixture pendant trois autres jours pour désinfecter la peau et assurer la destruction des microbes. Aucun élément nouveau n'étant apparu à la fin de ce laps de temps, on cesse tout traitement, et nous constatons, en revoyant l'enfant une semaine après, que la guérison a été définitive.

CONCLUSIONS

1° Le *Pemphigus épidémique du nouveau-né* n'est pas un *Pemphigus vrai* : celui-ci, nous l'avons vu, repose généralement sur une peau saine; l'autre évolue toujours sur une macule rouge préexistante.

2 Il s'agit en réalité d'une lésion infectieuse streptococcique, ainsi que l'ont prouvé l'analyse bactériologique du liquide des bulles, et anatomo-pathologique des lésions de l'épiderme et du derme.

3° Son traitement est celui de toutes les dermatoses infectées : savonnages, pâtes épaisses. Le rôle de ces pâtes est de fixer les germes et d'empêcher leur dissémination, alors que les pommades, de faible consistance, coulent et transportent les microbes de loin en loin.

4° La durée de l'affection est notablement réduite par l'application de la solution employée par le Docteur Milian dans son service.

Vu : Bon à imprimer :
Le Président de Thèse,
NOBÉCOURT.

Vu et PERMIS d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL.

Vu :
Le Doyen,
ROGER.

Imprimerie spéciale de la Librairie Marcel Vigné
13, rue de l'École de Médecine, Paris.
